

Basique - Essentiel - Confort - Équilibre - Bien-Être - Optimum - Excellence
7 niveaux de protection adaptés à votre situation et à votre budget

Les garanties des différentes formules frais de soins du contrat MUTADEP respectent l'ensemble des dispositions du cahier des charges du contrat dit "Responsable", dont notamment, le remboursement de certains actes de prévention et la non prise en charge de la majoration du ticket modérateur appliquée par le RO et du dépassement d'honoraires en cas de non respect du parcours de soins, de la participation forfaitaire, ainsi que des franchises instituées. Les prestations exprimées en pourcentage se réfèrent aux bases de remboursement de la Sécurité Sociale, et incluent la participation du RO. L'ensemble des prestations s'entendent dans la limite des frais réellement engagés.

LES FORMULES FRAIS DE SOINS	Basique	Essentiel	Confort	Équilibre	Bien-Être	Optimum	Excellence
HOSPITALISATION MÉDICALE - CHIRURGICALE (y compris maternité)							
Frais Hospitaliers							
• Honoraires des praticiens adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)	100%	150%	200%	250%	300%	350%	400%
• Honoraires des praticiens hors contrat d'accès aux soins (CAS)	100%	130%	180%	200%	200%	200%	200%
• Frais de séjour	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Autres frais hospitaliers							
• Forfait hospitalier journalier (sans limite de durée)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
• Chambre particulière (1)	30€/jour (maxi 60 jours/an)	40€/jour (maxi 75 jours/an)	50€/jour (maxi 90 jours/an)	60€/jour (maxi 120 jours/an)	70€/jour (maxi 180 jours/an)	80€/jour (maxi 180 jours/an)	90€/jour (maxi 180 jours/an)
• Lit accompagnant enfant moins de 14 ans : maxi 45 jours	-	10€/ nuit	15€/ nuit	20€/ nuit	25€/ nuit	30€/ nuit	35€/ nuit
Soins externes en établissement hospitalier							
• Honoraire des praticiens adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)	100%	150%	200%	250%	300%	350%	400%
• Honoraires des praticiens hors contrat d'accès aux soins (CAS)	100%	130%	180%	200%	200%	200%	200%
HONORAIRES DE MÉDECINE COURANTE (y compris maternité)							
• Consultation et visite médecin ou spécialiste adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)	100%	150%	200%	250%	300%	350%	400%
• Consultation et visite médecin ou spécialiste (3) et (4) hors contrat d'accès aux soins (CAS)	100%	130%	180%	200%	200%	200%	200%
• Auxiliaire médicaux	100%	150%	200%	250%	300%	350%	400%
• Laboratoire	100%	150%	200%	250%	300%	350%	400%
• Imagerie - Radiologie - Echographie	100%	150%	200%	250%	300%	350%	400%
• Actes techniques médicaux	100%	150%	200%	250%	300%	350%	400%
• Ostéopathie, chiropraxie, étiopathie : maximum 2 séances par an par personne	50€ maxi la séance	50€ maxi la séance	50€ maxi la séance	50€ maxi la séance	55€ maxi la séance	60€ maxi la séance	70€ maxi la séance
PHARMACIE (remboursée par RO)							
• Médicaments (toutes vignettes) & homéopathie	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
• Médicaments non remboursés mais avec prescription du médecin traitant	-	maxi 200€/an	maxi 300€/an	maxi 300€/an	maxi 300€/an	maxi 300€/an	maxi 400€/an
DENTAIRE – DOUBLEMENT DES REMBOURSEMENTS APRÈS 36 MOIS D'ADHÉSION CONSÉCUTIFS –							
• Plafond dentaire annuel, hors soins et radiologie	1 000 €	1 000 €	1 500 €	1 500 €	2 000 €	2 000 €	3 000 €
• Soins dentaires remboursés par le RO (4)	100%	150%	200%	250%	300%	350%	400%
• Orthodontie remboursée par le RO	100%	150%	200%	250%	300%	350%	400%
• Prothèses remboursées par le Régime Obligatoire	100%	150%	200% maxi 400€/an par dent	250% maxi 500€/an par dent	300% maxi 600€/an par dent	350% maxi 600€/an par dent	400% maxi 600€/an par dent
• Prothèses non remboursées par le Régime Obligatoire. La prise en charge des frais en secteur non conventionné est calculée sur la base de remboursement reconstituée au secteur conventionné.	100% maxi 50 €/an par dent	150% maxi 80 €/an par dent	200% maxi 200€/an par dent	250% maxi 250€/an par dent	300% maxi 300€/an par dent	350% maxi 300€/an par dent	400% maxi 600€/an par dent
• Parodontologie, implantologie (maxi par an et par personne)	-	300 €	400 €	500 €	550 €	600 €	650 €
OPTIQUE : 100% de la Base de Remboursement minimum							
Équipement remboursé par le RO. Monture au maximum 150 €, dont ticket modérateur, tous les deux ans, sauf changement de dioptrie et enfant de moins de 18 ans. Forfait calculé à la date anniversaire du contrat.							
• Équipement avec 2 verres simples	200 €	200 €	300 €	450 €	470€	470€	470€
• Équipement avec 1 verre simple et un verre complexe	200 €	200 €	300 €	450 €	550€	610€	610€
• Équipement avec 2 verres complexes	200 €	200 €	300 €	450 €	600€	700€	750€
• Équipement avec 1 verre simple et un verre très complexe	200 €	200 €	300 €	450 €	600€	660€	660€
• Équipement avec 1 verre complexe et un verre très complexe	200 €	200 €	300 €	450 €	600€	700€	800€
• Équipement avec 2 verres très complexes	200 €	200 €	300 €	450 €	600€	750€	850€
Lentilles remboursées par le RO	100%	150%	200€/an	250€/an	300€/an	350€/an	400€/an
Forfait lentilles et chirurgie réfractive des yeux par an	-	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €	400 €
APPAREILLAGE							
• Prothèses médicales autres que dentaires	100%	100%	125%	125%	150%	175%	200%
• Orthopédie	100%	100%	125%	125%	150%	175%	200%
CURE THERMALE							
• Frais de soins cure thermale pris en charge par le RO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
• Forfait thermal par an et par personne	-	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €	400 €
PRESTATIONS DIVERSES							
• Transport de malades (ambulances, SAMU, SMUR, etc...) pris en charge par le RO, sauf maternité et cure thermale	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
• Allocation naissance versée à l'adhésion de l'enfant (2)	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €	400 €
• Allocation mariage versée à l'adhésion du conjoint (2)	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €	400 €
• Allocation funéraire en cas de décès d'un assuré avant l'âge de 65 ans (2)	1 000 €	1 000 €	1 500 €	1 500 €	2 000 €	2 000 €	3 000 €
• Assistance Santé en cas d'hospitalisation par l'intermédiaire de Mondial Assistance	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
• Allocation d'un capital de 1 500 € en cas de diagnostic d'un cancer de la prostate (pour un homme de 20 à 60 ans) pour la sphère gynécologique (pour la femme de 20 à 60 ans)	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
ACTES DE PREVENTION (arrêté du 8 juin 2006) prise en charge et prévention prévus dans le cadre du contrat responsable							
• Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sur les premières et deuxièmes molaires ; bilan du langage oral pour les enfants de moins de 14 ans							
• Vaccination ; DTP, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole...							
• Dépistage hépatite B							
• Détartrage gingival annuel, effectué en deux séances maximum	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
• Dépistage à partir de 50 ans et une fois tous les 5 ans, des troubles de l'audition							
• Actes d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans							
• Myopie à hauteur de 100 €							
INDEMNITÉ JOURNALIÈRE HOSPITALIÈRE							
• Versement d'une indemnité journalière de 20 € en cas d'hospitalisation au-delà du 1er jour en cas d'accident, 3 ^{ème} jour en cas de maladie : Durée maximum 100 jours par an et par famille, cessation de la garantie à 65 ans	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
CAPITAL ÉQUIPEMENT DÉPENDANCE HANDICAP							
• Versement d'un capital destiné à du matériel médical ou de confort pour les personnes dépendantes ou handicapées (jusqu'à 80 ans) : 1 500€, doublés en cas d'accident (3 000 €)	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

(1) Limité à 45 jours par an en service psychiatrique et neuropsychiatrique

(2) Dans un délai de 3 mois suivant l'événement

(3) La prise en charge des dépassements d'honoraires en psychiatrie et neuropsychiatrie est limitée à 500€ par an

(4) La prise en charge des frais en secteur non conventionné est calculée sur la base de remboursement reconstituée du secteur conventionné.